

Atención hospitalaria adaptada a la realidad social

¿Están los hospitales, hoy en día, preparados para el cambio social experimentado en los últimos tiempos, caracterizado por el predominio del paciente anciano, pluripatológico y polimedicado? Todo apunta a que no, a que los grandes centros sanitarios siguen manteniéndose bajo la organización clásica que gira en torno al enfermo agudo, con el agravante de que la ciencia médica empuja a la superespecialización todo lo contrario a lo que precisa el tipo de pacientes que más abunda hoy en España. La "Revista OMC" reunió, recientemente, a un grupo de expertos para debatir sobre estas cuestiones quienes coincidieron al unísono en la necesidad de construir nuevos esquemas de trabajo en los que se contemple el hospital como una parte integrada, implicada y relacionada con el resto del sistema sanitario

Madrid, 6 de julio 2011 (medicosypacientes.com)

La revista OMC reunió, recientemente, para su sección "Debate sobre...", a un grupo de expertos con el fin de abordar un tema tan extenso e intenso como es la Atención Hospitalaria, en esta ocasión, desde una vertiente sociológica que engloba tanto la relación entre el médico y el paciente, como la existente entre los propios profesionales en sus distintos niveles de actuación, pasando por los modelos organizativos, y las consecuencias para estos establecimientos sanitarios de la crisis en la que se halla inmerso el sistema sanitario.

El encuentro, moderado por los doctores Ricard Gutiérrez y Juan Manuel Garrote, vicepresidente de la OMC y coordinador de los debates "Revista OMC", respectivamente, reunió a expertos de la talla de José Conde Olasagasti, jefe de Nefrología del Hospital Virgen de las Nieves de Toledo; Javier Font, representante nacional de Hospitales de la OMC; Mayte Lázaro, representante de Atención Especializada de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM); y Marciano Sánchez Bayle, portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Uno de los apartados que más animó el debate fue el relativo al grado de preparación de los hospitales para acoger al tipo de enfermo que impera en la actualidad, es decir, el paciente anciano, frágil, pluripatológico, polimedicado, etc. Al respecto, se impuso la opinión unánime, por parte de los intervinientes, de que los actuales hospitales de agudos, que son los que predominan en nuestro país, no están adaptados al tipo de enfermo actual, aunque se piensa que se ha avanzado en este terreno en unas CC.AA. más que en otras.

"Los hospitales no están adaptados al cambio social al que estamos asistiendo marcado por el envejecimiento de la población, además, muchos de estos centros se están quedando obsoletos en cuanto a nuevas tecnologías y en cuanto a capital humano. A ello hay que sumar la carencia de una cultura de organización hospitalaria que pasa por cambio de la cultura de los gestores de gestión del gasto a la gestión de la calidad", tal como señaló la doctora Mayte Lázaro al inicio del debate.

Desde el punto de vista del doctor José Conde, parte de estas cuestiones está relacionada con la infraestructura física y con su organización. "En el mismo edificio estamos atendiendo pacientes superagudos con otros que no lo son tanto. Por ello, la estructura debería orientarse de tal manera que permita concentrarse en ella el mismo tipo de pacientes, lo cual permitiría un mejor aprovechamiento de los recursos y la participación de los hospitales".

El problema detectado por el portavoz de la FADSP, el doctor Marciano Sánchez Bayle, es que el hospital no está interconectado como debiera con el resto de la red asistencial, "no se da el grado de colaboración necesario", tal como subraya. "Probablemente –añade– el hospital recibe una demanda asistencial que no le corresponde en su totalidad. Los hospitales están continuamente atascados con enfermos que todos sabemos que no deben estar allí y, sin embargo, están sin dársele una salida a ello. Es un tema que colea de antaño que, desgraciadamente, no se ha resuelto todavía. Por tanto, a su juicio, "la cuestión no es tanto si está o no adaptado a la nueva realidad sino que lo que está fuera del hospital no se ha trabajado tanto como para su contribución a la resolución de este tipo de problemas".

El representante nacional de hospitales de la OMC, el doctor Javier Font, opina al respecto que la existencia de hospitales provinciales ha contribuido en parte a descongestionar los centros de agudos, aunque cree que no es suficiente. Por otra parte, considera que sin el

apoyo de entorno familiar del paciente en su domicilio de poco sirve la tecnología punta, la cirugía ambulatoria, etc. "Todo ello produce a la larga malestar en el propio paciente y en su familia".

Mayte Lázaro sacó a colación las expectativas ilimitadas que se observan por parte del paciente, favorecidas, en muchas ocasiones, por el acceso a internet. "Se tiene acceso a información que, por lo general, no es científica, sin que el paciente tenga la capacidad para discernir sobre la misma, y se encuentra con que la distribución de los recursos no es homogénea en todo el territorio español lo cual se convierte en otra fuente de insatisfacción. Otro de los inconvenientes, como apuntó Marciano Sánchez Bayle, es que los hospitales también están organizados en torno a las especialidades, mientras que una gran mayoría de enfermos presentan problemas pluripatológicos y cada especialista atiende sólo aquello que le compete de estos enfermos. "Los especialistas intentan acotar su terreno con el consumo de un mayor número de recursos".

La preparación del especialista ante el nuevo paciente

En este punto del debate, el moderador, Ricard Gutiérrez, introdujo un nuevo matiz a la cuestión como es analizar si, por otra parte, los médicos de hospital están realmente preparados ante el nuevo tipo de enfermo. La sensación que predomina, al respecto, es que ya desde el principio a los estudiantes de las Facultades de Medicina no se les está formando para este tipo de paciente, sino que se siguen con los esquemas clasistas, produciéndose el mismo tipo de médico de antes. Por tanto, habría que hacer un replanteamiento partiendo de esta base.

El doctor Conde se mostró esperanzado, a su vez, de que con la puesta en marcha de la troncalidad se recupere ese papel de médico y que se asuma por parte de la enfermería una serie de labores que les corresponde. "La troncalidad podría ayudar a medio plazo en la formación de los futuros médicos, para que tuviera esa visión más general y global del paciente previa a la especialización", tal como añadió, por su parte, el doctor Ricard Gutiérrez.

El problema, según señala el doctor Font, es que en los hospitales, además de las especialidades clásicas, los profesionales cada vez más se van dedicando a parcelas concretas dentro de dichas especialidades, y llega un momento en que no quieren saber nada más, sino que se aíslan en su burbuja y no participan en otras parcelas. Y es que, como apuntó la doctora Lázaro, al respecto, "el avance de la propia ciencia médica tiende a la superespecialización, estando de acuerdo en que se pierde ese carácter general del médico al tratar sólo un problema muy específico del paciente dentro de una especialidad médica". Otra cuestión que se oculta detrás de la hipertrofia de la especialidad, tal como indicó el representante de la FADSP, es que el especialista "acaba 'teniendo mono' por encontrar especialidades exóticas y no para hasta encontrarlas, ello empuja a someter a la gente a una serie de pruebas muchas veces innecesarias, cuando las causas de las enfermedades son en ocasiones más simple que todo eso".

El nefrólogo Conde insistió en la redefinición de las especialidades, "porque no tiene sentido el número de especialidades existentes actualmente, probablemente, tendría que haber menos y más áreas de capacitación mucho más diversas". Consideró, por tanto, que "hay muchos especialistas y pocos médicos, en el sentido de asumir con responsabilidad la atención integral del paciente que les toca cada ocasión".

La doctora Lázaro coincidió con sus compañeros de mesa en la necesidad existente de redefinir las especialidades médicas y, por otra parte, añadió que "el reparto de responsabilidades al que se ha aludido, y que es vital, pasa también por la exigencia de un marco legal que regule con unos objetivos claros. Cada especialista debemos saber por dónde nos movemos, nuestras funciones, nuestros deberes y obligaciones". Asimismo, habría que considerar, tal como se apuntó, que hay pacientes que no necesitan concretamente ser ingresados en un hospital de agudos pero que, dada la patología que manifiestan, tampoco podrían permanecer en su domicilio, ante ello, alguno de los intervinientes, como el doctor Sánchez Bayle, propuso como solución el establecimiento de un circuito.

El problema del "enfermo itinerante"

Al doctor Conde le preocupa, en cambio, otro tipo de paciente, el "itinerante-mensajero" que va con sus papeles desde el médico general al especialista para que se los rellene y después se los vuelva a entregar al primero. "Lo más sensato -como opina- es que ambos profesionales tengan sus vías de comunicación directas, antes de desplazar al paciente y a su familia para semejante cuestión. Hay que construir, en definitiva, nuevos esquemas de trabajo". Además, como apuntó esta vez el doctor Juan Manuel Garrote, "estamos enviando a los pacientes de A.P. a dar vueltas por el sistema y provocando un absentismo laboral, simplemente para la obtención de una cumplimentación burocrática".

A ello añadió el propio doctor Conde que en su hospital, "cuando quiero enviar a un paciente a otra especialidad, el servicio de admisión no me lo permite por las buenas sin antes tener la aprobación del nuevo receptor de ese paciente. Ello implica un proceso, una discusión,...". La representante de CESM propuso que, tal vez, habría que cambiar el concepto de la figura de "médico responsable", "que actualmente está reglada jurídicamente", como puntualiza, "para que de verdad hiciera de filtro, de coordinador y responsable de los distintos especialistas que deberían atender a un paciente". En línea con ello, el doctor Conde insistió en que se identifiquen bien los papeles de cada cual para que en ningún caso haya pacientes perdidos en los hospitales. "En todo momento se tiene que saber quién es el responsable del paciente, porque muchas veces no existe ese hilo conductor del mismo". La propuesta del doctor Gutiérrez, para concluir este apartado, es la de "adaptar esta organización a los procesos asistenciales de este nuevo tipo de enfermos".

Propuestas para implicar a los médicos en los hospitales

Otro de los puntos del debate fue el relativo a la búsqueda de nuevas fórmulas para implicar a los médicos en los hospitales. Para generar más riqueza de opiniones, el vicepresidente de la OMC puso sobre la mesa una batería de preguntas dirigidas a todos los asistentes. "¿Habría que introducir a los profesionales en la gestión, en los gobiernos de los hospitales? ¿deberíamos elegir al director médico, sería un cargo electo, incentiva el hecho de ser electo? ¿habría que diferenciar un director médico de un director asistencial ejecutivo? ¿nos han funcionado las juntas electorales clásicas? ¿hemos de acceder los médicos a los órganos de gobierno, no de gestión?"

Para el representante de hospitales de la OMC, Dr. Javier Font, el problema real en los hospitales es que nadie quiere ser director médico por una serie de razones: "desconexión de la especialidad; por lo general, el sueldo o los recursos son menores; normalmente, hay que enfrentarse a los compañeros para sacar adelante las propuestas; uno tiene siempre en mente que tiene que regresar al servicio al que pertenece; además, se suele dar el inconveniente de que se conoce bastante bien el hospital; también ha de estar preparado para la gestión pero durante la carrera esta parcela a penas se trata, por tanto, sólo tendrá cierta preparación el que voluntariamente así lo haya decidido". En definitiva, opina que lo que predomina ahora "es jefe de servicio versus gestor".

El nefrólogo Conde se mostró convencido de que los profesionales se implicarían más en estas tareas si realmente tuvieran responsabilidad sobre los recursos. Sin embargo, para la doctora Lázaro, la autonomía de gestión tampoco es la clave, sino que desde su punto de vista "todo depende de cómo se incentive y se motive al médico".

Para Javier Font, en cambio, "la incentivación también es perversa. La figura de director médico y gerente -según recuerda- va muy unida a la política y ése es otro problema añadido para que los médicos puedan acceder a este tipo de puestos".

Dentro de este apartado se hizo referencia a una experiencia que arranca en Cataluña a partir de 1995, como son las entidades de base asociativa (EBAS), en la que son los propios profesionales los responsables de la gestión. "¿Podría ser trasladada esta fórmula a la gestión de un servicio hospitalario de cualquier punto de España?"

Para el representante de la FADSP, éste es "un caso clásico en el que los médicos dejan de hacer atención sanitaria únicamente para combinarla con la gestión en el sentido duro del término". Desde su punto de vista, "trasladarlo a un servicio hospitalario sería peligrosísimo, y desconozco cómo se podría compaginar con el resto del hospital".

La pega que pone el doctor Font, por su parte, a este tipo de gestión es "el control de la calidad y quien lo lleva a cabo". Mientras, el doctor Conde opina que "si no hay posibilidad de influir sobre las personas que trabajan en una unidad concreta sobre la que se van a exigir, por el contrario, una serie de resultados es bastante complicado todo. Hay que tener voluntad de ir a por ello".

La doctora Lázaro consideró, al respecto, que "si bien funcionan, por lo que sé, no se logra una satisfacción del médico mayor que en el que trabaja en el sistema tradicional". Por tanto, la autonomía de gestión, desde su punto de vista, "tampoco es la clave".

Ajustes y recortes tras las elecciones

El último punto del debate se dedicó a un aspecto que causa preocupación en estos momentos entre la profesión como ya lo puso, recientemente de manifiesto el Foro de la Profesión médica, sobre los posibles nuevos ajustes y recortes que en la economía sanitaria puedan producirse tras la toma de posesión de los nuevos gobiernos autonómicos, siguiendo la estela marcada por comunidades como Cataluña y Murcia.

El representante nacional de hospitales de la OMC introdujo dos apuntes con respecto a la situación actual: nos movemos en Sanidad con casi un 9 por ciento del PIB que se traduce no en gasto solo, porque ésta también mueve y genera riqueza. Por otra parte, según cifras recientes, la deuda sanitaria se sitúa en torno a los 15.000 millones de euros, una barbaridad, supone el 25 por ciento del presupuesto de este año. Las autonomías han adoptado durante unos años la barra libre en Sanidad, rivalizando entre ellas para ver quién da más.

El doctor Conde considera que estamos ante una situación crítica. "Hemos vivido un modelo expansivo, inflacionista, que identificaba mejor Sanidad con mayor gasto, mayor producción, que nos ha conducido a un gasto insostenible desde las transferencias para acá. No discuto si es bueno ni malo, sino que no es sostenible". "Hasta que se produjeron las transferencias – tal como añadió- había un presupuesto de salud que se distribuía a las CC.AA. transferidas, pero desde 2002 ya no hay tal presupuesto y eso me parece una barbaridad a efectos de todo tipo. Ahora, de manera inmediata hay que reaccionar. Me sigue sorprendiendo que el horario de por la tarde en los hospitales siga siendo intocable. Seguimos teniendo acumulados a los cirujanos por la mañana y se podrían poner por la tarde sin pagar un euro más, y nadie se ha puesto a analizar este tipo de cuestiones".

Por su parte, el portavoz de la FADSP cree que lo que hay que hacer en España es abordar la ineficiencia que produce el gasto, que se racionalizara y se utilizara de una manera más sensata.

Finalmente, a la representante de CESM no le parece muy inteligente el recorte en el gasto sanitario, como medida. Además, considera una barbaridad los recortes a los médicos en concreto y llamativo que a la hora de los incrementos sea para todos igual, independientemente de su categoría. Propone "una auditoría de los gastos, y en función de la auditoría establecer prioridades".

Cambios sociológicos en la profesión médica

Tomando como referencia otra realidad distinta a la del paciente hospitalizado, como la de los cambios sociológicos sustanciales en la profesión médica, se observa como uno de los más llamativos la progresiva feminización del sector médico. Así, según datos aportados en el transcurso de este debate, en el segmento de edad comprendido entre 45-55 años, mujeres y hombres comparten al 50 por ciento la profesión de médico. En cambio, en el segmento entre 35 a 45 años el porcentaje de mujeres supera ya el 70 por ciento, frente al 30 de hombres. A partir de ahí, se debatió sobre la influencia de esta feminización a la hora de ejercer en el ámbito hospitalario y sus repercusiones en la actividad diaria de los centros sanitarios.

La opinión generalizada es que las condiciones laborales en los centros no han experimentado cambios significativos por el hecho de que en las plantillas haya un mayor predominio del sexo femenino. "Mi experiencia en un servicio donde casi todas eran mujeres ha sido buena, no he percibido cambios en ese sentido, sino que todo ha funcionado con normalidad", indica el doctor Font.

Por su parte, la doctora Lázaro, consciente de que en las Facultades de Medicina en torno al 70 por ciento son mujeres, opina que la Administración tendrá que ir adoptando medidas para dar salida a esta realidad, que, a su juicio, pasan, entre otras, por la flexibilización de horarios y la rentabilización de los hospitales con aperturas de mañana y de tarde.